

Solicitud certificación médica sobre riesgo embarazo o lactancia natural

IMPORTANTE: El certificado médico que solicita, justificará en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Sólo si dicho cambio no se produce por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

1. Datos personales

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		NIF/NIE/Pasaporte
Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	Nº de Seguridad Social ____/____/____
Domicilio: Calle o Plaza	Localidad	Provincia		C.P.

2. Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	Número Código Cuenta Cotización (CCC)
-----------------------	---------------------------------------

Solicito el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con mi estado por:

- ☐ Riesgo durante el embarazo, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la del feto
- ☐ Riesgo durante la lactancia natural, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo.

Describe como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En, a de de 20.....

Firma solicitante

Con esta solicitud debe presentar

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural. (modelo CP-REL-F6 informe médico S.P.S.)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo si lo tuviere
- Informe de riesgos emitido por la empresa (modelo COR-REL 002 DESCRIPCION RIESGOS) (Este modelo es complementario a la evaluación de riesgos del servicio de prevención o, en su caso, sustituto de éste cuando la empresa carezca de servicio de prevención.)

Espacio reservado para cláusula LOPD de cada mutua

D^aha presentado en esta Mutua solicitud de certificación médica de riesgo durante el embarazo-lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- ☐ Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud
- ☐ Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- ☐ Modelo Corporación descripción puesto de trabajo
- ☐ Modelo corporación datos salariales
- ☐ Modelo corporación declaración empresarial
- ☐ Modelo corporación situación actividad
- ☐ Informe médico complementario
- ☐
- ☐

En , a de de 20.....

Por la Mutua,